**WNIOSEK O ZWROT KOSZTÓW OPIEKI NAD OSOBĄ ZALEŻNĄ**

***UCZESTNICZKI PROJEKTU „Kobieta skutecznym przedsiębiorcą!”***

1. Imię i nazwisko Uczestniczki projektu ………………………………..…………………………………………………..

2. Adres zamieszkania …………………………………………………….…………………………………………………………..

3. Numer PESEL: …………………………………………………… . Numer telefonu ……………..………………………..

5. Nr rachunku bankowego: ……………………………………………………………………………………………..…………

6. Dane osoby zależnej:

a) imię i nazwisko………………………………………………………………………………………………………………………..

Oświadczam, że:

Od dnia ……………………... 2017 r. do dnia ………………………… 2017 r. w ramach projektu „Kobieta skutecznym przedsiębiorcą” uczestniczyłam w szkoleniu i/lub indywidualnym doradztwie\* i oświadczam, iż nie miałam możliwości zapewnienia bezpłatnej opieki nad osobą zależną na czas uczestnictwa we wsparciu szkoleniowo-doradczym .

W związku z powyższym wnioskuję o przyznanie zwrotu kosztów opieki nad osobą zależną

……………………..………………………………..…………………... w wysokości:

 (imię i nazwisko)

*Szkolenie-grupa podstawowa*

1) ……………zł (max. 15 zł/h) x 8h (6h szkolenia + 2h dojazd) x …….. dni szkolenia = …………………. zł

(słownie złotych: ……………………………………………………………………………….……………………………………………………………….. )

*Szkolenie-grupa średniozaawansowana*

2) ……………zł (max. 15 zł/h) x 6,5h (4,5h szkolenia + 2h dojazd) x …….. dni szkolenia = …………………. zł

(słownie złotych: ……………………………………………………………………………….………………………………………………………………… )

*Doradztwo*

3) …………….zł (max. 15 zł/h) x 5h (3h doradztwa +2h dojazd) x ……… dni doradztwa = …………..…..zł

(słownie złotych: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………)

………………………………………………………………..

 (data i CZYTELNY podpis Uczestniczki)

Do wniosku załączam:

Załączniki:

□ kopię dowodu osobistego osoby zależnej,

□ dokument/oświadczenie potwierdzające pokrewieństwo (więzy rodzinne lub powinowactwo),

□ kopię dokumentu określającego stan zdrowia osoby zależnej: orzeczenie o niepełnosprawności,

lub zaświadczenie lekarskie ze wskazaniem konieczności objęcia opieką stałą,

□ kopię umowy o świadczenie opieki nad osobą zależną z osobą fizyczną lub placówką opiekuńczą.

*\* Niepotrzebne skreślić*